

COVID-19 PANDEMİSİNİN ALTINCI AYINDA BİRİNCİ BASAMAK VE KARŞILAŞILAN SORUNLAR

| Türk Tabipleri Birliği Pratisyen Hekimler Kolu

1 Haziran'dan sonra başlayan açılma süreci vaka sayısının hızla yükselerek hastalığın küçük büyük tüm il ve ilçelerde yaygın şekilde görülmesi sonucunu getirdi. Hastaneler ve yoğun bakım üniteleri dolma noktasına geldi ve çok sayıda hasta tedavi düzenlenerek evlerinde takip edilmekte. Sahadan gelen bilgiler vaka sayısının bildirilenin çok daha fazlası olduğu şeklindedir.

Salgın süreçlerinin başarılı yönetilmesinin ön şartının birinci basamak hizmetlerinin doğru organizasyonu olduğunun altını bir kez daha çizmek isteriz. Bu pandeminin bize yeniden hatırlattığı şey sağlık hizmetlerinin hastane merkezli değil toplum merkezli verilmesi gerektiği olmuştur. Sadece ülkemizde değil tüm dünyada birinci basamak sistemlerinin tekrar gözden geçirilmesi ve birinci basamağı kalıcı olarak güçlendirecek bir yönelime girilmesi gerekmektedir.

Salgında temel amaç hastalığın yayılmasının önüne geçmektir. Bunun için en etkin yöntem salgının sahada yönetilmesidir. Salgınlarda sadece hastane odaklı yaklaşımla mücadele edilemez. Mutlaka basamaklar arası iletişim ve koordinasyon çok iyi sağlanmalıdır. Özellikle pozitif vakalar için hem yaşam alanları hem de çalışma alanları için çok hızlı ve etkin filyasyon yapılması gerekir.

Altıncı ayın sonunda birinci basamak sağlık çalışanları yoğun ve stresli çalışma ortamında tükenmişlik durumundadır. İlçe sağlık müdürlükleri kendi ilçesinde yaşayan ama farklı il ve ilçelerde aile hekimleri olan ya da aynı ailede yaşayıp farklı farklı aile hekimleri olan çok sayıda kişi ile koordinasyon oluşturmaya çalışmaktadırlar. Aile hekimi olmayan belirli bir nüfus da bulunmaktadır. Aşırı artan vakalar nedeniyle sayıca yetersiz ilçe sağlık müdürlüğü çalışanları mesai saatlerini 12-14 saate uzatsalar da filyasyon çalışmasını gün içinde bitirmekte zorlanmaktadır. Tüm olanaklarıyla pandemiyle uğraşıldığından toplum sağlığına yönelik diğer tüm işler askıya alınmış durumdadır.

Pandemi sürecinde vaka tespiti ve filyasyon çalışması sadece hastanelere başvuran semptomlu kişiler üzerinden yürütülmektedir. Şikâyeti olup hastaneye başvurusu olursa başlayabilen ve hasta bireyin telefon beyanı üzerinden devam eden filyasyon süreci etkin bir salgın yönetimi için yetersizdir

ve birinci basamak dinamiklerine uygun değildir. Haziran ayında yakın teması olsa da belirti göstermeyenler test yapılacaklar listesinden çıkarıldılar. Semptomsuz pek çok kişinin virüs taşıyabildiği biliniyorken temaslı kişilerin testsiz bırakılması ve sağlık çalışanları başta olmak üzere riskli gruplara dahi test yapılmaması ciddi risk taşımaktadır. Hastane ve hasta odaklı giden pandemi süreci ileriki günlerde çok ciddi sorunlarla karşı karşıya kalabileceğimiz sinyallerini vermektedir.

Altı ay sonunda yapılan test sayıları günlük yüz bin kadar olsa da sahadaki gerçek hasta sayısını tespit edebilecek düzeyde değildir. Test yapma ölçütleri de düşünüldüğünde özellikle hastaneye gitmeyen çok sayıda hastayı ortaya çıkarabilecek bir organizasyonun da sağlanamadığı gözlenmektedir.

Aile hekimleri filyasyon sürecinde sadece kendilerine bildirilen sayıda kişiye telefonla aramanın ötesine geçemeyen klinik izlem yapmak ve bunu raporlamakla görevlendirildiler. Bu durum halen devam etmektedir. Böylece 25 binin üzerinde aile hekimi ve bir o kadar aile sağlığı çalışanı ebe ve hemşire aktif filyasyonun dışında bırakılmış durumdadır.

Sağlık Bakanlığı aile hekimlerine vaka ve temaslılarını telefonla takip yanında istirahat raporu düzenleme, ilaç ihtiyacı olanlara telefonla ilaç düzenleyebilme, tarama amaçlı yapılan testi negatif olan kişileri 14 gün boyunca arama gibi işler tarif etmiştir. Aile hekimlerinin topluma yönelik sağlık müdahalelerinde bulunma yetkileri olmadığından salgına müdahale işinde dışlanmış durumdadırlar. Ulaşılamayan hastalar için sahaya inme ve ev ziyareti yapma yükümlülükleri de olmadığından bu kişilere ulaşmak da ilçe sağlık müdürlükleri ekipleri sorumluluğunda yürütülmeye çalışılmaktadır.

İlçe sağlık müdürlüğü ekipleri dışında sahaya çıkarak sorunlara yerinde müdahale edebilecek başka insan kaynağı yoktur. Mevcut eğitilmiş insan gücü giderek yoğunlaşan iş yükünü karşılayabilecek sayıda değildir. Vakaların artışıyla oldukça yoğunlaşan çalışma ortamında işleri yetiştirmeye odaklanmış ilçe sağlık müdürlükleri özellikle telefonla yapılan kişisel başvuruları karşılayamamaktadır. Gerek hasta ve hasta yakınları gerekse aile hekimleri sorunlara çözüm noktasında telefonla dahi ulaşmada ciddi sıkıntılar çekmektedirler. Çünkü on binlerce hatta yüz binlerce nüfusun çözüm odağı olarak ulaşmaya çalıştığı ilçe sağlık müdürlüğü çalışanları bu taleplere yetiştirebilecek durumda değildir. Hiçbir şekilde telefonlarına cevap verilmemesinden şikayet eden hastalar aile hekimlerine ulaşmaktadır. Filyasyon ekiplerinin kendilerine ulaşmadığı, ilaç getirilmediği, karantinalarının kaldırılmadığı, istirahat raporu alamadığı, kontrol testi yaptıramadığı, temaslı yakınlarına test yapılmadığı gibi pek çok sebeple aranan aile hekimleri sorunları çözmeye çalışsa da ilçe sağlık müdürlükleriyle bir türlü sağlanamayan koordinasyon ve iletişim eksikliği nedeniyle sonuç alamamaktadır. Mevcut durum sağlık çalışanlarına sözlü ve yer yer fiili şiddetle sonuçlanabilmektedir. Bu dönemde bürokratik pek çok sorununu çözmeye çalışan hastaların baskısı altında kalınmış ve sistemin sorunlarını aşmak aile hekimlerince mümkün olamamıştır. Biryandan poliklinik ve diğer rutin işleri aynı şekilde devam ettirmeleri beklenen aile hekimliklerinde çalışma düzenini değiştir-

Filyasyon ekiplerinin kendilerine ulaşmadığı, ilaç getirilmediği, karantinalarının kaldırılmadığı, istirahat raporu alamadığı, kontrol testi yaptıramadığı, temaslı yakınlarına test yapılmadığı gibi pek çok sebeple aranan aile hekimleri sorunları çözmeye çalışsa da ilçe sağlık müdürlükleriyle bir türlü sağlanamayan koordinasyon ve iletişim eksikliği nedeniyle sonuç alamamaktadır.

meye yönelik bir müdahalede de bulunulmamıştır. Birinci basamağın bu bölümünde de sağlık çalışanlarında tükenmişlik durumu yaşanmaktadır.

Maalesef bu 6 aylık süreçte aile hekimlikleri ve ilçe sağlık müdürlükleri arasında süreci birlikte yürütmeye yönelik işbirliği halen oluşturulabilmiş değil. Süreci birlikte değerlendirme ve çözüm üretme olanağı oluşmadığı gibi iletişimde ciddi sıkıntılar yaşanmaya devam etmektedir.

Halen sosyal durumları nedeniyle ev izolasyonu uygun olmayan Covid pozitif kişiler için uygun karantina ortamları sağlanamamıştır.

Türk Tabipleri Birliği'nin Birinci Basamak'ta COVID-19 Pandemisine İlişkin Durum Araştırması'na göre ASM'lerin yüzde 81'inde sağlık çalışanlarına kontrol amaçlı PCR testi, yüzde 84'ünde de kontrol amaçlı antikor testi uygulanmadığı belirtilmiştir. Yine aynı çalışmayla COVID-19 pandemisi sonrası aile sağlığı merkezlerinde kronik hastalıkların takip sayısı, kanser taramaları sayısı, üreme sağlığı hizmetleri sayısı ve laboratuvar hizmetleri sayısının azalmış olduğu belirtilmiştir. Hizmet sunumu açısından birinci basamağın önemli işleri olan koruyucu hekimlik uygulamaları pandemi süresince sekteye uğramıştır.

Aile hekimliklerinde sağlam çocuk, bebek, gebe izlemleri ve bağışıklama hizmetleri için gelenlere bina alt yapılarının yetersizlikleri nedeniyle güvenli ortam sağlanamamaktadır. Aile sağlığı merkezlerine randevusuz gidilebilme durumu devam etmektedir. Randevusuz hasta kabulünün neden olacağı öngörülemez yığılmalar hastalık bulaş riskini arttıracak önemli bir etken olarak görülmektedir.

Son ayda bazı işyerlerinin ya da grupların toplu olarak özel laboratuvarlarda kontrol amaçlı testler yaptırdıkları ve pozitif çıkan test sonuçlarının ise sisteme girişlerinin yapılmadığı görülmektedir. İşyeri hekimleri pozitif vakalar ve işyeri temaslıların bildirimini konusunda muhatap bulamamaktan şikayet etmektedirler. Özel laboratuvarlarda yapılan ve sisteme girilmeyen vakalar için oldukça gecikilebilmektedir. Çalışma ortamında teması en iyi değerlendirip filyasyonun en doğru şekilde yapılmasını sağlayacak kişiler işyeri hekimleridir. Bu süreçte halen işyeri hekimlikleriyle sağlık müdürlükleri arasında koordinasyon sağlanamamış işyeri hekimleri de filyasyonun dışında bırakılmıştır.

Gerçek anlamda filyasyon yapmak, sorunlara sahada en hızlı şekilde müdahale edip çözüm üretmek mümkün görünmemektedir. Ayrıca personele yeterli dinlenme zamanı ayırmakta zorluk çekilmektedir. Birinci basamak bu haliyle gerçek kapasitesinde çalıştırılmamaktadır.

Birinci basamakta temel amaç salgını yerinde kontrol edip hasta sayısını ve hastaneye gitme ihtiyacını azaltmaktır. Bunun yanında vakaların ve temaslılarının izlemine organize etmek, toplumu, hastaları ve yakınlarını bilgilendirmek, diğer rutin hizmetleri sağlamak ve sahadan doğru ve etkin bir sürveyans için bilgi akışı sağlamak birinci basamağın önemli işlevleridir. Tüm bu çalışmalar çok iyi organize edilmez ise pandemilerde kontrolün sağlanması güçleşir, hastane olguları artar ve sağlık sistemi kapasitesini aşar.

Bugün, tüm yurda eşit şekilde yayılmış, yeterli sayıda ve birinci basamak mesleki eğitimini tamamlamış nitelikli sağlık personeli ile tüm sağlık sorunlarına özellikle salgın durumlarında çok daha kolay ve etkin müdahale imkânını bulamamanın sıkıntılarını yaşamaktayız.

Yukarıda belirttiğimiz üzere bu pandeminin bize yeniden hatırlattığı şey sağlık hizmetlerinin hastane merkezli tedavi edici hekimlik şeklinde değil, koruyucu hekimliği önceleyen birinci basamak ve toplum merkezli verilmesi gerektiğidir. Birinci basamak sistemimizin tekrar gözden geçirilmesine ihtiyacımız olduğu aşikârdır ve birinci basamağı kalıcı olarak güçlendirecek bir yönetime girilmesi gerekmektedir.

Bildiniği üzere 2002 yılından sonra başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birinci basamak sağlık hizmeti sunumu da değiştirilmiş ve aile hekimliği sistemi adıyla yeni bir uygulamaya geçilmiştir. İzleyen süreçte özlük hakları açısından bakıldığında; sözleşmeli çalışma statüsü, vekaletsiz izin kullanıldığında ya da hasta olduğunda ücret kesintisi, hasta başı ödemeyeyle oluşan rekabet ortamı, ücretlendirme ve iş yükündeki eşitsizlikler, performans uygulanmasıyla yapılan ceza kesintileri, sınıflandırma uygulamaları, tüm idari mali işlerin hekimler üzerine bırakılması gibi çok sayıda uygulama farklılaşan sağlık sisteminin önemli parametreleri oldular. Temel nitelikleri olarak bakıldığında ise yeni sistem önceki sistemden üç temel noktada farklıdır:

1. Coğrafi bölge organizasyonu yerine liste temelli uygulama
2. Topluma yönelik bütüncül bakış açısı yerine bireysel sağlık anlayışı
3. Geniş sağlık ekibi çalışması yerine bir doktor (AH) ve bir yardımcı sağlık personelinin (ASÇ) görev yapması

Oysa coğrafik olarak tanımlanmış nüfus temelinde örgütlenme birinci basamak ekibinin toplumun sorunları hakkında daha fazla bilgi sahibi olmasını ve toplumun sorunlarının çözümlenmesine dolayısıyla da topluma daha fazla katılmasını sağlar (**Starfiled, 1998**). Öte yandan birinci basamak hizmetleri, toplum sağlığı ile ilgili özel bir sorumluluk taşıyan, toplumun gereksinimlerine yönelik hizmet sunan, klinik kararlarını hastanın içinde yaşadığı toplum ve çevre ile ilgili bilgileri kullanarak veren, hastalık yönelimli değil, bütüncül ve sağlığa odaklı bir bakış açısına sahip olan bir hekim tipi gerektirir. Oysa “liste sistemi”, birinci basamak ekibinin toplumu tanımasına olanak sağlamamaktadır. Üstelik tüketici ilişkileri mantığı ile işleyen bu sistemde hastalar bir hekimin listesinden çıkıp diğerine geçebilmekte ve bir sonraki dönem tekrar hekim değiştirebilmektedirler (**Boerma, 2003; Carlsen, 2005**). Koruyucu hekimlik hizmetleri ise yeni sistemde “bireysel” olanla sınırlandırılmış ve birinci basamağın birçok hizmeti kapsam dışına çıkarılmıştır. Toplumsal hizmetler bireysel hizmetlerden kopartılmış ve bu hizmetlerin gerektirdiği örgütlenme modelinden, alt yapı, personel olanaklarından ve yetkiden son derece uzak olan toplum sağlığı merkezlerinin üzerine atılmıştır.

Halbuki birinci basamak ekibine farklı sağlık profesyonellerinin katılımı, sosyal, psikolojik ve tıbbi bilgi ve becerilerinin ortak kullanımını, bunun sonucunda da hastalara yönelik hizmet çerçevesinin genişletilmesini, sorunların kapsayıcı bir bakış ile değerlendirilmesini, hastane sevklerinin azalma-

Bugün, tüm yurda eşit şekilde yayılmış, yeterli sayıda ve birinci basamak mesleki eğitimini tamamlamış nitelikli sağlık personeli ile tüm sağlık sorunlarına özellikle salgın durumlarında çok daha kolay ve etkin müdahale imkânını bulamamanın sıkıntılarını yaşamaktayız.

sını, bakımın kesintisizliğini, entegre hizmet sunumunu, hizmet tekrarlarının önlenmesini ve maliyetlerin azalmasını sağlar.

2002 yılından bugüne sağlık yatırımları ve sağlıkta insan kaynakları yönünden istatistikler incelendiğinde sağlık sisteminin ikinci basamağı ve uzmanlaşmayı öncelediğini, birinci basamağın gözardı edilerek gerek alt yapı gerekse insan gücü olarak desteklenmediği görülmektedir. İkinci basamağın ve özel sağlık hizmeti sunumunun öncelendiği bir sağlık politikasını yürüttüğünü veriler ortaya koymaktadır. Hizmet kapsamına göre yıllara göre hekime müracaat sayısının oranı 2002 yılında yüzde 36 birinci basamak ve yüzde 64 ikinci ve üçüncü basamak olmuştur. Oysa 2018 yılında oranlar yüzde 34 ve yüzde 66 olarak gerçekleşmiş olup reforma gerekçe edilen “birinci basamağın güçlendirilmesi” iddiası gerçekleşmemiştir. Bu bağlamda aile hekimliği sistemi birinci basamağın kullanım oranını değiştirememiştir.

Bununla birlikte 2002’den 2018 yılına 100 bin kişiye düşen toplam hekim sayısı tüm sektörler bazında 138 den 187 ye çıkmıştır (%35 artış). Ancak aynı dönemde 100 bin kişiye düşen pratisyen hekim sayısı 47 den 54 e (%14 artış), uzman hekim sayısı ise 68 den 101’e (%48 artış) çıkmıştır. Sağlık Bakanlığına bağlı hekim artış oranları ise aynı yıllar arasında pratisyen hekimlerde yüzde 9 iken, uzman hekimlerde yüzde 60 olarak gerçekleşmiştir. Sağlık bakanlığında çalışan pratisyen hekimlerin yüzde 27’si hastanelerde, yüzde 56’sı aile hekimliklerinde, yüzde 16’sı ise diğer kurumlarda çalışmaktadır.

Sağlık Bakanlığı bünyesinde görev yapan hemşirelerin yüzde 90’ı, ebelerin yüzde 51’i hastanelerde çalışmaktadır. Hemşirelerin ancak yüzde 5,8’i, ebelerin ise yüzde 25’i aile hekimliklerinde çalışmaktadır. Toplam 24 bin 82 aile hekimliği biriminin 3 bin 335’inde ebe ya da hemşire bulunmamaktadır.

Bugün itibariyle Türkiye’de aile hekimliği sistemine geçişin onuncu yılı tamamlanmak üzere. Aile hekimi başına nüfus Türkiye ortalaması 3 bin 405 kişidir. Büyük illerde bu sayı çok daha yüksektir ve özellikle İstanbul’da aile hekimi başına nüfus ortalaması 3 bin 721 kişidir. Nüfusun düşürülememesinin ana nedeni yeni birim açılması işinin hekimin seçme keyfiyetine (ya da mecburiyetine) bırakılmış olmasıdır. Tercih eden hekim olmaz ise yeni birim açılmamaktadır. Kamu yatırımı yoktur. Hekimlerin tercih etmemesinin sebebi ise piyasa koşullarının rekabetçi anlayışıyla iş ve gelecek güvensiz, değersizleştirilmiş bir hekimliğin mecbur kalmadıkça yapılmak istenmeyişidir. Sağlık Bakanlığının genel tutumu ise sistemin kendi dinamiği içinde hekimlerin bir gün mutlaka mecbur kalacağını beklemek olarak görülmektedir. Devlet kamusal hizmet verme zorunluluğu gereği ihtiyaç duyulan sağlık kuruluşunun açılmasını bireysel inisiyatiflere bırakmamalıdır. Her kurumda ihtiyacı karşılayacak sayıda hekim ve sağlık çalışanı istihdam edilmelidir. Ayrıca ivedilikle birinci basamak için sağlık kurumu ve çalışan sayısı arttırmalı, sağlık çalışanlarının kaygılarını ve ihtiyaçlarını giderecek müdahaleler hayata geçirilmelidir. Birinci basamak çalışma düzeni yeniden gözden geçirilmeli, tüm sağlık ekibinin bir bütün olarak çalışması sağlanmalıdır.

2002’den 2018 yılına 100 bin kişiye düşen toplam hekim sayısı tüm sektörler bazında 138 den 187 ye çıkmıştır (%35 artış). Ancak aynı dönemde 100 bin kişiye düşen pratisyen hekim sayısı 47 den 54 e (%14 artış), uzman hekim sayısı ise 68 den 101’e (%48 artış) çıkmıştır. Sağlık Bakanlığına bağlı hekim artış oranları ise aynı yıllar arasında pratisyen hekimlerde yüzde 9 iken, uzman hekimlerde yüzde 60 olarak gerçekleşmiştir.

Birinci basamakta aile hekimliği sistemi ile işlevleri sınırlanan ve polikliniğe hapsedilmiş bir hekim tipi öngörülmektedir. Sosyalleştirmenin tanımladığı pratisyen hekim ile “reform” ya da “dönüşüm”ün tarif ettiği aile hekimi arasındaki fark, teknik ya da bilimsel değil, her şeyden önce politiktir ve bir tercihi yansıtmaktadır. Bu nedenle öncelikle politik tercihin değiştirilmesi zorunludur. Toplumsal eşitsizliklerin fazlasıyla yaşandığı ülkemizde; iyi bir birinci basamak sunumu için tüketimi teşvik eden piyasacı bir sağlık sistemi ve edilgen bırakılmış bir birinci basamak terk edilmelidir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin ilk başvuru yeri, kapsayıcılık, süreklilik, eşgüdüm ve toplum yönelimli gibi temel özelliklerinin tümüyle hayata geçirildiği, çalışanlarının birinci basamakta ve birinci basamağa uygun içerikte eğitim almış olduğu, çok disiplinli ekip çalışmasının yapıldığı, bölge tabanlı ve etkin olarak sunulan kamusal bir hizmetin gerçekleştirilmelidir.

Kaynaklar

- Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Birikimimiz: 2000-2004 Türkiye Fotoğrafi, Z.Öcek, A.Soyer. Aralık 2007, Ankara Türk Tabipleri Birliği Yayınları.
- Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018
- https://www.ttb.org.tr/kollar/COVID19/haber_goster.php?Guid=75bba1b4-d89f-11ea-9c50-7fbc39e4ca48